

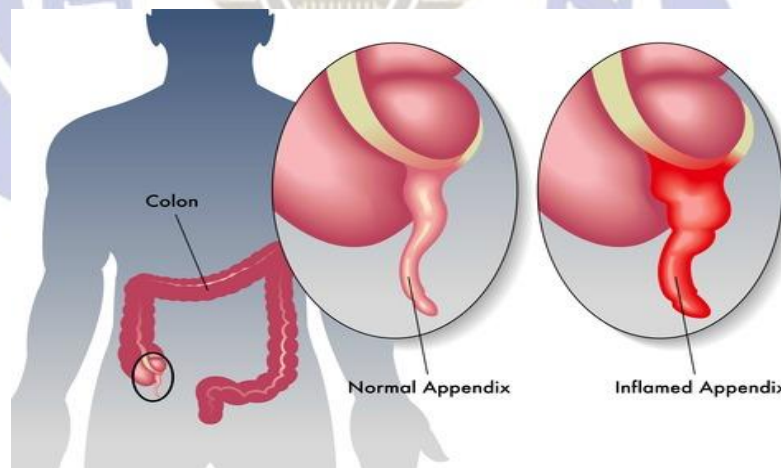
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Medis Apendisitis

##### 1. Pengertian *Apendisitis*

Apendisitis adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu feses kemudian terjadi proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks verivormis (Nugroho, 2011). Apendisitis merupakan peradangan yang berbahaya jika tidak ditangani segera bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Williams & Wilkins, 2011). Apendisitis adalah suatu peradangan yang berbentuk cacing yang berlokasi dekat ileosekal



**Gambar 2. 1 Perbandingan Appendix normal dan Apendiksitis**

(Reksoprojo, 2010). Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing. Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk

mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Sjamsuhidajat, 2010).

## **2. Etiologi/Penyebab**

Apendiks merupakan organ yang belum diketahui fungsinya tetapi menghasilkan lender 1-2 ml perhari yang normalnya dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir kesekum. Hambatan aliran lender dimuara apendiks tampaknya berperan dalam pathogenesis apendiks (Wim de jong et al, 2005 dalam NIC-NOC, 2015).

- a. Apendiksitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteria dan factor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hyperplasia jaringan limf, fikalit (tinja/batu), tumor apendiks dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasite (*E.histolytica*).
- b. Apendiksitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendiksitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendiksitis tidak pernah kembali kebentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
- c. Apendiksitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik) dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

### 3. Manifestasi Klinik

Gejala awal yang khas merupakan gejala klasik apendiksitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilicus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatic setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi. Terkadang apendiksitis juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5 – 38,5 derajat celcius (Liang MK et al 2015)

Selain gejala klasik, ada beberapa gejala lain yang dapat timbul sebagai akibat dari apendiksitis. Timbulnya gejala ini bergantung pada letak apendiks ketika meradang. Berikut gejala yang timbul tersebut :

- a. Bila letak apendiks retrosekal retroperitoneal, yaitu di belakang sekum (terlindung oleh sekum), tanda nyeri perut kanan bawah tidak begitu jelas dan tidak ada tanda rangsangan peritoneal. Rasa nyeri lebih kearah perut kanan atau nyeri timbul pada saat melakukan gerakan seperti berjalan, bernafas dalam, batuk, dan mengedan. Nyeri ini timbul karena adanya kontraksi m.psoas

mayor yang menegang dari dorsal.

- b. Bila apendiks terletak di rongga pelvis Bila apendiks terletak didekat atau menempel pada rectum akan timbul geala dan rangsangan sigmoid atau rectum singga peristaltic meningkat, pengosongan rectum akan menjadi lebih cepat dan berulang-ulang (diare).
- c. Bila apendiks terletak didekat atau menempel pada kandung kemih, dapat terjadi peningkatan frekuensi kemih karena rangsangan dindingnya.

#### **4. Patofisiologi**

Apendisitis kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa apendisitis berhubungan dengan asupan makanan yang rendah serat. Pada stadium awal apendisitis, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan peritoneal. Cairan eksudat fibrinopurulenta terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan. Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai apendiks menjadi bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses local akan terjadi (Burkit, Quick &

Reed, 2007 dalam Lutfiana 2018).

## **5. Penatalaksanaan**

Pada penatalaksanaan operasi apendiktomi dibagi menjadi tiga (Brunner & Suddarth, 2010), yaitu:

### **a. Sebelum operasi**

#### **1) Observasi**

Dalam 8-12 jam setelah munculnya keluhan perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis. Diagnosis ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan.

#### **2) Antibiotik**

Apendisitis ganggrenosa atau apenditis perforasi memerlukan antibiotik, kecuali apendiksitis tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

### **b. Operasi**

Operasi/pembedahan untuk mengangkat apendiks yaitu apendiktomi. Apendiktomi harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau dengan laparoskopi. Laparoskopi merupakan metode terbaru yang

sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010). Apendektomi dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional laparotomi) atau dengan teknik laparoskopi yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive dengan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010)

c. Setelah Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan. Baringkan klien dalam posisi semi fowler. Klien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu klien dipuaskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi klien dianjurkan duduk tegak di tempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh dapat diangkat dan dibolehkan pulang (Mansjoer, 2010)

1) Analgetik non opioid – Obat *Anti Inflamasi NonSteroid* (OAINS) Efektif untuk penatalaksanaan nyeri ringan sampai sedang terutama asetomenofn (Tylenol) dan OAINS dengan ef anti peritik, analgetik dan anti iflamasi, Asam asetilsalisilat (aspirin) dan Ibuprofin (Morfin, Advil) merupakan OAINS yang sering digunakan untuk mengatasi nyeri akut derajat ringan. OAINS menghasilkan analgetik dengan bekerja ditempat cedera melalui inhibisi sintesis

prostaglandin dari prekursor asam arokidonat. Prostaglandin mensintesis nosiseptor dan bekerja secara sinergis dengan produk inflamatorik lain di tempat cedera, misalnya bradikinibin dan histamin untuk menimbulkan hiperanalgetik. Analgesia opioid merupakan analgetik yang kuat yang tersedia dan digunakan dalam penatalaksanaan nyeri dengan skala sedang sampai dengan berat. Obat-obat ini merupakan patokan dalam pengobatan nyeri pasca operasi dan nyeri terkait kanker. Morfin merupakan salah satu jenis obat ini yang digunakan untuk mengobati nyeri berat.

## 2) Non Farmakologis

Penatalaksanaan non farmakologi terdiri dari berbagai tindakan yang mencakup seperti terapi es dan panas, distraksi, imajinasi terbimbing dan hypnosis. Salah satu pelaksanaan nyeri non farmakologis yang mudah dilakukan yaitu distraksi. Distraksi yang memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi system control desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Teknik relaksasi dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri

(Nurhayati, 2011).

## **B. KONSEP TERAPI RELAKSAKSI NAFAS DALAM**

### **1. Definisi Relaksaksi Nafas Dalam**

Relaksasi adalah hilangnya ketegangan otot yang dicapai dengan teknik yang disengaja. Pernafasan dalam adalah pernafasan melalui hidung, pernafasan dada rendah dan pernafasan perut dimana perut mengembang secara perlahan saat menarik dan mengeluarkan nafas. (Smeltzer et, al 2012 dalam jurnal Ibrahim et al., 2020)

Teknik relaksasi merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri. Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi yang lambat dan berirama (Smeltzer et, al 2012 dalam jurnal Ibrahim et al., 2020). Latihan napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan pursed lip breathing (Tamsuri, 2017).

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana



menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat mengurangi ketegangan otot, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011), relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Teknik relaksasi merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri (Tamsuri, 2007).

## **2. Tujuan Relaksasi Nafas Dalam**

Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stres baik itu stres fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh individu (Smeltzer & Bare, 2002). Selain tujuan tersebut, terdapat beberapa tujuan dari teknik nafas dalam menurut Lusianah, Indaryani and Suratun (2012), yaitu antara lain untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis.

### **3. Langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

- a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
- b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
- c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
- d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega
- e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
- f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh
- g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya

- h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
- i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
- j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit

#### **4. Pengaruh Teknik Relaksaksi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri**

Menurut Potter and Perry (2006) teknik relaksasi napas dalam yang baik dan benar akan memberikan efek yang penting bagi tubuh, efek tersebut antara lain sebagai berikut :

- a. Penurunan nadi, tekanan darah, dan pernapasan
- b. Penurunan konsumsi oksigen
- c. Penurunan ketegangan otot
- d. Penurunan kecepatan metabolisme
- e. Peningkatan kesadaran global
- f. Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan
- g. Tidak ada perubahan posisi yang volunter
- h. Perasaan damai dan sejahtera
- i. Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam

**5. Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM
Pengertian	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
Kebijakan	Dilakukan pada klien dengan Apendiksitis
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang mengalami stress</li> <li>2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif</li> <li>3. Pasien yang mengalami kecemasan</li> <li>4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia</li> </ol>
Pelaksanaan	<p><b>PRA INTERAKSI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca status klien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> </ol> <p><b>INTERAKSI</b></p> <p><b>Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam : Memberi salam sesuai waktu</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Validasi kondisi klien saat ini.</li> </ol> <p>Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menjaga privasi klien</li> <li>5. Kontrak</li> </ol> <p>Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan</p> <p><b>KERJA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas</li> <li>2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung</li> </ol>

	<p>tersangga bantal.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara</li> <li>4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega</li> <li>5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)</li> <li>6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh</li> <li>7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya</li> <li>8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi</li> <li>9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri</li> <li>10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit</li> </ol> <p><b>TERMINASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini</li> <li>2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.</li> <li>3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam</li> <li>4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya</li> </ol> <p><b>DOKUMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan</li> </ol>
Sumber	Potter & Perry (2010)

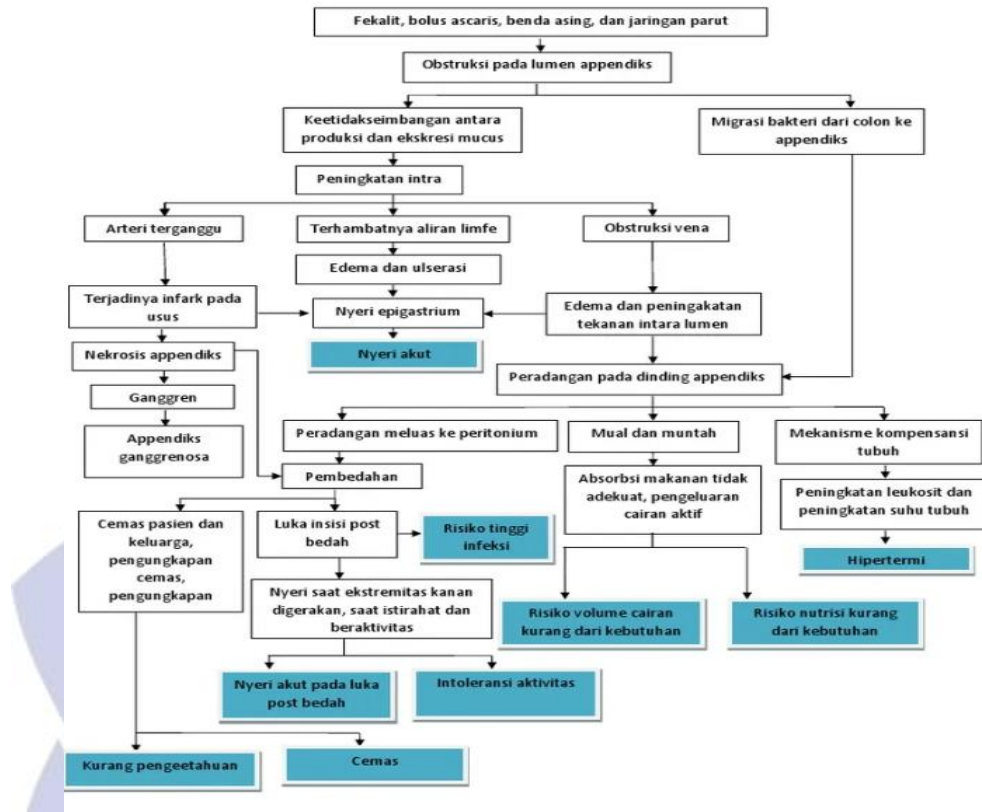
### C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dan sistematis yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu; pengkajian, diagnosis

keperawatan, rencana perawatan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan ini digunakan sebagai kerangka kerja pemecahan masalah kesehatan yang ditemukan. (Adeyemo et al., 2013 dalam Resita, 2019).



## 1. Pathway



Gambar 2. 2 pohon masalah *Apendisitis*

## 2. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang memiliki peran penting dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Resita, 2019).

Pengkajian data dasar dalam pengkajian klien pada *appendisitis* dilakukan mulai dari 3 jam - sampai 2 hari adalah :

- a. Pemeriksaan Fisik
  - 1) Kepala dan leher
    - a) Inspeksi :

Rambut : Lurus, warna hitam beruban

Mata : Simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis

Hidung : Tidak ada mukus/ lendir, tidak ada alat bantu napas

Telinga : Simetris, tidak ada mukus/ lendir

Bibir : Lembab, tidak ada stomatitis/  
pembengkakan

b) Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid

## 2) Dada

a) Inspeksi : Simetris, Tidak terdapat tarikan otot bantu pernafasan

b) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

c) Perkusi : Jantung : redup/dullness

d) Auskultasi : Suara nafas normal

## 3) Abdomen

a) Inspeksi : Simetris, Tidak ada ascites

b) Auskultasi: Terdengar bising usus (N= 5- 30 per menit)

c) Palpasi : Terdapat nyeri tekan kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney

d) Perkusi : redup/ Dullness

## 4) Ekstremitas

Atas : Simetris, Tidak ada edema  
Bawah : Simetris, Tidak ada edema

## 5) Genetalia



Inspeksi : Scrotum kanan kiri simetris, Tidak ada lesi

**3. Diagnosa Keperawatan (berdasarkan diagnosa keperawatan/ SDKI) :**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyanti, 2017).

a. Pengertian

Nyeri Akut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pengalaman sensorik atau emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Etiologi

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c. Manifestasi Klinis

1) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur

2) Gejala dan Tanda MinorSubjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Tekanan nadi meningkat, Pola napas berubah, Nafsu makan berubah, Proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada dirisendiri, Diaforesis

d. Kondisi Klinis Terkait

1) Kondisi pembedahan

2) Cedera traumatis

3) Infeksi

4) Sindrom koroner akut

5) Glaukoma

**4. Intervensi**

a. SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan

Ekspektasi : Menurun

Kriteria Hasil

Skor : Menurun 1, Cukup Menurun Sedang 3, Cukup Meningkatkan  
4, Meningkatkan 5

1) Kemampuan menuntaskan aktivitas (.....)

Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan Sedang 3, Cukup Menurun  
4, Menurun 5

1) Keluhan nyeri (.....)

2) Meringis (.....)

3) Sikap protektif (.....)

4) Gelisah (.....)

5) Kesulitan tidur (.....)

6) Menarik diri (.....)

7) Berfokus pada diri sendiri (.....)

8) Diaforesis (.....)

9) Perasaan depresi (tertekan) (.....)

10) Perasaan takut mengalami cedera berulang (.....)

11) Anoreksia (.....)

12) Perineum terasa tertekan (.....)

13) Uterus teraba membulat (.....)

14) Ketegangan otot (.....)

15) Pupil dilatasi (.....)

16) Muntah (.....)

17) Mual (.....)

Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk Sedang 3, Cukup  
Membaik 4, Membaik 5

1) Frekuensi nadi (.....)

2) Pola napas (.....)

3) Tekanan darah (.....)

4) Proses berpikir (.....)

5) Fokus (.....)

6) Fungsi berkemih (.....)

7) Perilaku (.....)

8) Nafsu makan (.....)

9) Pola fikir (.....)

b. SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

**Definisi :** Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan

***Observasi***

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal

- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

### ***Terapeutik***

- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

### ***Edukasi***

- Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

### ***Kolaborasi***

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

## **5. Implementasi**

keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri non farmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh Klien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perludanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto et al., 2020).

Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang bertujuan untuk melepaskan ketegangan pada otot dan

mengurangi emosional. Teknik nafas dalam ini dapat mengurangi nyeri menuju saraf bebasehingga dapat mengurangi persepsi nyeri (Tamsuri, dalam Zees, 2012 dalam Hermanto et al., 2020).

## **6. Evaluasi**

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan Klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- S : keluhan secara subjektif yang dirasakan Klien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- O : keadaan objektif Klien yang dapat dilihat oleh perawat
- A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian

(perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

- P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

#### **D. EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP)**

1. Menurut jurnal penelitian dari (Sudirman A.S et al 2023) yang berjudul “Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Apenddisitis di IRD RSUD Otanaha Kota Gorontalo” yang memiliki tujuan untuk menganalisis efektifitas teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan skala nyeri pada pasien appendisitis di IRD RSUD Otanaha Kota Gorontalo. Penelitian ini merupakan Pre Eksperimen dengan pendekatan one group pre-post test design, dengan Sampel sebanyak 10 responden. Hasil penelitian ini setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam mayoritas skala nyeri pasien appendisitis termasuk dalam kategori sedang yaitu sebanyak 7 pasien (70.0%) dan kategori ringan 3 orang (30.0%). Hasil perhitungan statistik menggunakan paired sampel t test, diperoleh nilai signifikansi sebesar  $0,000 < 0,05$ . Sehingga dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi napas efektif dalam menurunkan penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Apendisitis di IRD RSUD Otanaha Kota Gorontalo.
2. Jurnal yang diteliti oleh Mayasyanti dkk pada tahun 2018 dengan judul



Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Appendectomy di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi” Setiap prosedur pembedahan termasuk tindakan Appendectomy akan mengakibatkan terputusnya jaringan (luka). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif Appendectomy. Pada umumnya post operasi Appendectomy mengalami nyeri akibat bedah luka operasi. Menurut Maslow bahwa kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar setelah kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi. Jenis penelitian ini menggunakan quasi eksperimen dengan pre – test dan post – test design tanpa control. Penelitian ini dilakukan dari tanggal 23 Mei- 22 Juni 2018. Populasinya semua pasien post operatif Appendectomy di ruang nyi ageng Serang RSUD Sekarwangi. Cara pengambilan sampel dengan Accidental sampling dan sampel dalam penelitian ini sebanyak 17 orang dengan analisa hipotesis menggunakan uji Wilcoxon. Hasil penelitian didapatkan bahwa 17 orang sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam skala nyeri 5.00 dan sesudah diberikan relaksasi nafas dalam skala nyeri 3.00 berdasarkan hasil uji Wilcoxon bahwa ada pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif appendectomy dengan nilai  $p=0.000$  ( $p < 0.05$ ). Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif appendectomy. Mengingat relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri post operatif

appendectomy perawat ruangan dapat diterapkan kepada pasien post operatif appendectomy sebagai i terapi non farmakologi.

3. Jurnal penelitian yang diteliti oleh Heni Dkk pada tahun 2018 yang berjudul Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendisit Di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Relaksasi napas dalam merupakan sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah untuk dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan olah napas serta aliran energi di dalam tubuh kita. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh pemberian teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi Appendisit di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Jenis penelitian yang digunakan adalah pre eksperimental menggunakan the one group pre dan post test design dengan skala nyeri pada teknik relaksasi napas dalam yang diberikan pada pasien Post Operasi Appendisit. Sampel yang sudah diteliti diambil dengan teknik purposive sampling berjumlah 15 orang, hasil penelitian ini rata-rata tingkat nyeri sebelum diberikan teknik relaksasi napas dalam pada pasien post operasi appendisit adalah 5,87 dengan standar deviasi 1.246. Rata-rata tingkat nyeri sesudah diberi tehnik relaksasi napas dalam pada pasien post operasi appendisit adalah 3,20 dengan standar deviasi 1.014. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,000 maka ada pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi appendisit di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Hasil penelitian

bagi rumah sakit agar dapat mengembangkan serta melakukan pelaksanaan tehnik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi post operasi appendisitis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.

